

## Selbstbeobachtungen

Name \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Hallo,

Deine Selbsteinschätzung ist uns immer wieder sehr wichtig, damit wir wissen, ob die Therapie so richtig ist oder angepasst werden muss. Auch an weiteren Mitteilungen sind wir sehr interessiert. Du kannst sie auf die Rückseite schreiben.

Bitte gib den ausgefüllten Bogen in der Praxis ab oder schicke ihn uns per Fax oder E-mail.

Vielen Dank !

### Wie waren die letzten 4 Wochen für Dich?

**Insgesamt**      sehr gut \_\_\_\_\_ sehr schwierig  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**In der Schule**      sehr gut \_\_\_\_\_ sehr schwierig  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Zu Hause**      sehr gut \_\_\_\_\_ sehr schwierig  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Wie stark sind Deine Probleme im Laufe des Tages?

Früh am Morgen:	<input type="checkbox"/> gar nicht schwierig	<input type="checkbox"/> mäßig schwierig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
Vormittag:	<input type="checkbox"/> gar nicht schwierig	<input type="checkbox"/> mäßig schwierig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
Mittag:	<input type="checkbox"/> gar nicht schwierig	<input type="checkbox"/> mäßig schwierig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
Nachmittag:	<input type="checkbox"/> gar nicht schwierig	<input type="checkbox"/> mäßig schwierig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
Früh am Abend:	<input type="checkbox"/> gar nicht schwierig	<input type="checkbox"/> mäßig schwierig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
Spät am Abend:	<input type="checkbox"/> gar nicht schwierig	<input type="checkbox"/> mäßig schwierig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig

**Was läuft gut?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Was läuft nicht so gut?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aktuelle medikamentöse Therapie** (Name des Medikamentes, Dosierung): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Die Dosierung ist** genau richtig \_\_\_\_\_ unzureichend  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Unerwünschte Wirkungen?** \_\_\_\_\_

**Welche Unterstützungen nimmst Du in Anspruch (z.B. Nachhilfe, Therapie):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_